

75P

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL**

**INVESTIGAÇÃO RETROSPECTIVA DA SÍNDROME  
DE SHEEHAN**

**ADELAIDE MARIA SCHMIDT KREIBICH**

**MAURO SERGIO KREIBICH**

**FLORIANÓPOLIS, ABRIL 1978**

**INVESTIGAÇÃO RETROSPECTIVA DA SÍNDROME  
DE SHEEHAM**

## INVESTIGAÇÃO RETROSPECTIVA DA SÍNDROME DE SHEEHAN\*

Adelaide Maria Schmidt Kreibich\*\*

Mauro Sérgio Kreibich\*\*

### RESUMO

Os autores fazem uma análise retrospectiva dos casos de Síndrome de Sheehan encontrados nos hospitais de Florianópolis juntamente com uma revisão bibliográfica sobre o assunto. Deparando-se com uma casuística acima daquela dos autores consultados. Ressaltam os aspectos negativos da falta ou da má assistência à parturiente, bem como a importância do seu "follow up" não só no puerpério imediato mas também no remoto.

### INTRODUÇÃO

Imbuídos dos preceitos médicos-obstétricos que nos foram ministrados; preconizando a correta assistência nos períodos pré natal, transparto e pós parto; que objetivam o completo bem estar da parturiente e do concepto, atemo-nos a perda sanguínea ocorrida durante os dois últimos períodos.

Pesquisando as fichas dos trabalhos de parto da Maternidade Carmela Dutra encontramos na totalidade das mesmas o sangramento transparto rotulado como fisiológico e o do puerpério imediato descrito como normal.

Tendo porém a oportunidade de acompanhar situações onde a perda sanguínea nos pareceu excessiva, definidas também como fisiológicas; propusemo-nos a analisar as consequências que poderiam disto advir para a paciente. Fomos por isto conduzidos a su

---

\*Retrospect Investigation about Sheehan's Syndrome

\*Investigation Retrospectif de la Infirmité de Sheehan

\*\*Alunos da 11ª fase do curso de Medicina da UPSC



drome de Sheehan, entidade definida e pormenorizada a seguir de conformidade com a revisão bibliográfica efetuada.

#### REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Quadro de hipopituitarismo com características definidas, decorrente da necrose do lobo anterior da hipófise, conseqüente a perda sanguínea excessiva durante ou logo após o parto.

"Sheehan , em 1937 publicou 12 ( doze) casos de destruição da adeno-hipófise, estabelecendo o nexó entre o choque hemorrágico e o quadro de hipopituitarismo.

Mais tarde após revisão da literatura concluiu que existia a prevalência do grupo com hemorragias ocorridas no pós parto.

Há trabalhos experimentais incriminando o uso de derivados do esporão de centeio, que poderiam predispor a trombose da glândula hipofisária.

Novak e cols(3), relatam que pelo simples fato da hipófise estar normalmente aumentada durante a gestação, pode a mesma trombosar espontaneamente.

"Sheehan , em 1961 esclareceu a etiopatogenia da destruição hipofisária, demonstrando que durante a gestação se produz uma hiperplasia hipofisária com aumento da vascularização, que cede abruptamente no momento do parto, ao cessar a produção dos hormônios placentários. Se esta regressão glandular se acompanha de queda tensional por hemorragia, se produzem espasmos das arteríolas que dão origem ao sistema porta-diencéfalo-hipofisário. Se estes espasmos são transitórios, não ocorrem alterações irreversíveis porém, se se prolongarem, é produzida uma trombose a qual pode se estender aos capilares hipofisários anteriores, originando um infarto da hipófise. Ao mesmo tempo ocorrem alterações das paredes dos vasos, que ao cederem ao espasmo, produzem após diversas e complexas fases da fisiopatologia vascular, ro-

---

"Sheehan: Simmonds' disease due to post-partum necrosis of anterior pituitary.

"Sheehan: The incidence of post-partum hypopituitarism.



turas com hemorragia hipofisária. Tudo isto leva a uma necrose da adenohipófise, (raras vezes a neurohipófise e ao talo hipofisário). Observou-se uma estreita relação entre a severidade e a duração do episódio hemorrágico, com a extensão da lesão da hipófise anterior. Porém, não conseguiu-se determinar as causas que determinam a isquemia desta porção hipofisária, poupando áreas circunvizinhas, na presença do mesmo grau de deficiência. Sheehan descreve a partir dos trabalhos de Plaut e Magner "que eventualmente se conservam restos das partes laterais da adenohipófise, e as vezes pequenas massas isoladas de tecido subcapsular.

Se o remanescente é de 10 a 20% não há sintomas em 50 % dos casos. Porém se no restante o tecido remanescente é insuficiente para manter a homeostasia, aparecem quadros clínicos obedecendo :

1.o tipo de células que se conservam ou àquelas que foram atingidas.

2. ao número de células que se conservaram ou ao número de células atingidas (por isto há casos em que se conservam a função tiroideana, ou a adrenal).

3. a sensibilidade dos órgãos periféricos às pequenas quantidades dos hormônios hipofisários que se formam (por isto há em algumas enfermas a persistência da menstruação).

Ultimamente Sheehan pretendendo ampliar mais seus estudos da síndrome que leva seu nome tem empreendido investigações sobre as alterações do diencéfalo e neurohipófise. As primeiras conclusões são que podem: haver reduções do lóbulo posterior, passando nestes casos de  $60 \text{ mm}^3$  a 6 ou até  $2 \text{ mm}^3$ . Ao mesmo tempo diminuir o número de fibras nervosas do hipotálamo e

---

"Plaut: Pituitary necrosis in routine necropsies.

"Magner: Post partum pituitary and renal necrosis.

às vezes atrofiar o núcleo supraóptico e o supraventricular. O acometimento da neuro-hipófise pode desenvolver um quadro de diabetes insipidus.

Sheehan descreve, que perdas menores que 500 ml de sangue no parto, são incapazes de desencadear a necrose sintomática da hipófise. Seus estudos entretanto indicam, que em torno de 15 % dos sobreviventes da hemorragia obstétrica moderada ou do choque desenvolvem manifestações de hipopituitarismo. A frequência da síndrome naquelas que sobrevivem a hemorragia grave ou choque eleva-se até a 40 %.

Considerando-se que a Síndrome de Sheehan é a mais frequente causa do panhipopituitarismo; de 40 a 50 %; é mesmo assim considerada uma enfermidade rara, e o próprio Sheehan cataloga após seus estudos apenas 60 casos.

Muitas pacientes com necrose hipofisária não chegam a exibir a Síndrome de Sheehan, por falecerem nos primeiros dias do puerpério. Nestes casos as lesões hipofisárias são acompanhadas de graves lesões renais.

Destaca o próprio relator da síndrome, que o sinal característico da instalação da enfermidade, é a cefaléia durante o parto, que porém, pode ocorrer no puerpério imediato, durando alguns dias e sendo por vezes intensa. Corroborando estes dados, Rezendes (5), relata que em 17 pacientes examinadas por ele, a queixa inicial mais comumente formulada, foi a cefaléia.

Com um tempo bastante variável após o parto, podem aparecer sinais e sintomas característicos, além da cefaléia anteriormente mencionada.

Deste modo a involução rápida da mama e a falência da lactação, são os mais precoces sintomas do hipopituitarismo pós parto. A força e o vigor físico normal não são recobrados no puerpério, e a astenia é progressivamente acentuada. A apatia, sonolência e o coma podem se exteriorizar precocemente. Os pacientes podem inadvertida e frequentemente ser encaminhados a instituições psiquiátricas, em face das anormalidades psíquicas que apresen-



tam ( bradipsiquismo, depressão, idéias de suicídio).

A fascie é mixedematosa, embora o mixedema verdadeiro possa levar de 5a 10 anos parase evidenciar. O estado de nutrição é con-servado, muito embora as primeiras descrições da síndrome levassem a crer que a paciente se apresentasse em caquexia. O emagrecimento, é provavelmente resultante da própria apatia e desinteresse da paciente, bem como da falta de assistência médica especializada. A palidez é característica, resultado de uma anemia normocrômica e normocítica, refletindo a hipofunção da medula óssea no hipopituitarismo. A pele seca e sem sudorese aliada a estas outras características ectoscópicas, conferem a paciente a configuração de ter envelhecido precocemente.

Há grande intolerância ao frio, sendo característico a paciente procurar agasalhar-se mesmo em dias quentes. A anamnese é difícil devido ao bradipsiquismo e ao falar arrastado. A amenorréia aliada a agalaxia é bastante sugestiva da síndrome de Sheehan. São elas acompanhadas por atrofia das gonadas e do trato genital, além da diminuição da libido. Bem nítida é a perda dos pelos corporais; axilares e pubianos; que traduz a redução da atividade an-drogênica. A depilação das sobrancelhas tão frequente no mixedema primário, também é frequente no mixedema pituitário.

A pigmentação aureolar se reduz, e quando áreas corporais, são expostas aos raios ultra-violetas, não escurecem como ocorre com pessoas normais. Este fato auxilia no diagnóstico diferencial com o Mal de Addison, já que o stress também pode desenvolver na portadora de panhipopituitarismo uma insuficiência supra renal.

A tiróide é impalpável ao exame físico, bem como na ausculta cardíaca é comum encontrar as bulhas hipofonéticas com o desdobramento da segunda.

Síndrome de Sheehan incompleta: a necrose hipofisária pode instalar-se com menor gravidade, abrangendo áreas limitadas da glandula, poupando uma ou mais funções. Geralmente a primeira função atingida é a gonadotrópica de tal forma que poderíamos admitir como Síndrome de Sheehan atípica as amenorréias puerperais

R  
E  
Z  
E  
N  
J  
E



prolongadas ocorridas pós hemorragias.

Outras vezes o setor mais atingido é o tireoideano, e o quadro que se instala semelha o mixedema.

Rezende(5) <sup>SANTO E COLOMISKI E LINHARES</sup> acompanhou caso de Sheehan no qual a função gonadotrófica foi a menos afetada. O tratamento supletivo com hormônio tireoideano e corticoesteróides, permitiu fato extremamente raro; a uma nova gestação levada a térmo com feto vivo.

Nas formas parciais da síndrome, encontramos casos cujas manifestações surgem cerca de 10 a 15 anos após o acidente hemorrágico. O tecido glandular não atingido pela necrose, manteria os níveis hormonais, as custas das células que terminaram por se desgastar. Assim também se explicaria a ocorrência de nova gravidez nestas pacientes, cujos partos poderiam determinar acidentes fatais ou comas hipofisários.

Estabelecimento do diagnóstico: A anamnese perfeitamente conduzida pode geralmente não deixar margem a dúvidas ao diagnóstico da Síndrome de Sheehan. Basta a simples menção de um episódio hemorrágico trans ou pós parto.

Quando porém há dúvida, pode-se lançar mão de diversos exames complementares.

As gonadotrofinas urinárias estão em geral abaixo do nível, tal achado revela a origem hipofisária da amenorréia.

A reserva hipofisária de ACTH poderá ser avaliada pela prova da metapirapona e na dosagem de somatotrofina por meio de técnica radioimunológica.

Não há elevação nítida encontrada em curvas glicêmicas normais. A curva insulínica e mesmo glico-insulínica oferecem riscos em suas execuções, pela falta de hormônios hiperglicemiantes e as pacientes por isto são extremamente sensíveis a insulina, podendo até serem levadas ao coma hipofisário.

A exploração funcional da tireoide, revela sua insuficiência, decorrente da falta de estímulo hipofisário. É ela realizada pela dosagem de colesterol do PBI (iodo ligada a proteína), pela captação do Iodo 131 (teste do TSH).

Do mesmo modo é insuficiente a função suprarenal (do-



REZENDE  
sagem de 17 cetoesteróides e de 17 hidroxicorticoesteróides, prova de ACTH) e a dos ovários (fenolesteróides, pregnandiól, colpocitologia, biópsia de endométrio).

Diagnóstico Diferencial: A Síndrome de Sheehan deve ser distiguída de várias situações que podem apresentar a mesma clínica.

a) Processos tumorais- Craniofaringeoma, diagnosticado com estudo radiográfico cuidadoso da sela turcica e determinação do campo visual. Frequência de 25% dos casos de panhipopituitarismo.

b) Fibrose Idiopática da Hipófise- frequência de 20%.

c) Traumatismos cranianos- frequência de 5%

d) Infecções da hipófise- (tuberculose, sífilis, brucelose)

e) Anorexia Nervosa- má nutrição devido a problemas psicogênicos. A maioria dos casos acomete mulheres na faixa de 15 a 35 anos, levando a um quadro de amenorréia, redução da atividade tireoideana e adrenal. Não possui no entanto o restante do cortejo sintomatológico como por exemplo perda dos pelos pubianos e axilares.

Tratamento: é substitutivo, de conformidade com as variações de cada quadro. Uma dose inicial de tiroide dissecada de 15 mg, aumentando gradativamente por um período de um a dois meses até obter a dose de manutenção entre 60 a 180 mg. A Triiodotironi na obtém excelentes resultados, mormente no tratamento do coma. O corticoesteróide é também de grande valia principalmente nos períodos de stress fisiológico. Os mineralocorticóides podem ser suprimidos simplesmente pelo uso de dieta salgada. O uso de preparado estrogênico é correto em mulher jovem para corrigir a atrofia do trato genital. A resposta ao tratamento é extremamente gratificante, pois o paciente passa da condição de vegetante para a de participante efetivo da comunidade.

#### MATERIAL E MÉTODO

Foram estudados 10 pacientes provenientes de prontuários colhidos no Hospital de Servidores de Santa Catarina e do Hospital de Caridade de Florianópolis. Todos possuíam diagnóstico conferido pelo corpo clínico de cada hospital visitado.

#### RESULTADO

Obtivemos das 10 pacientes uma história que pode ser con-

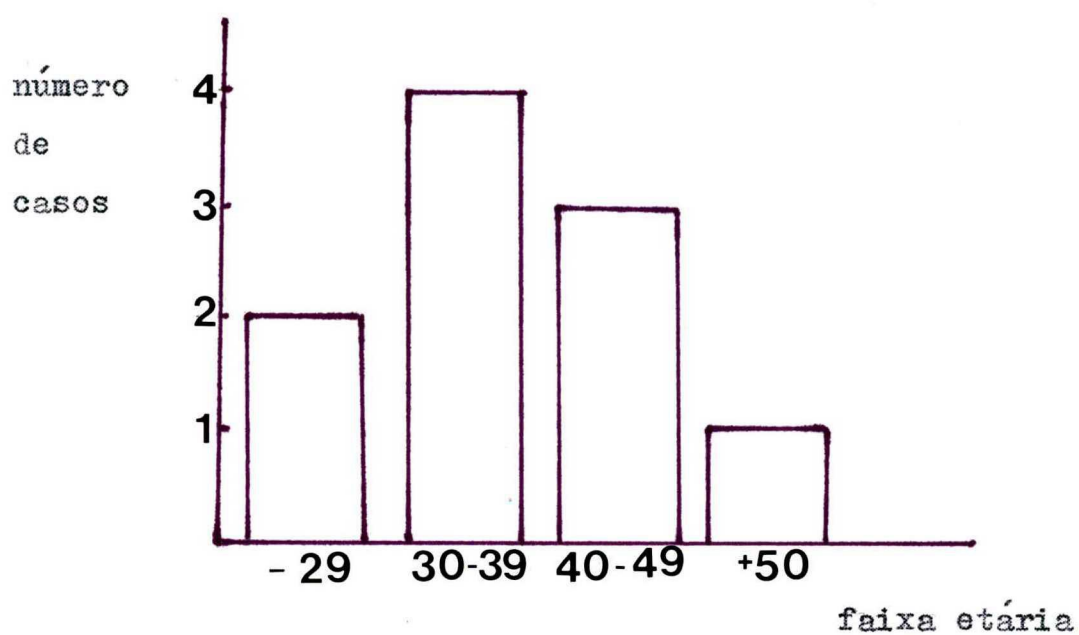
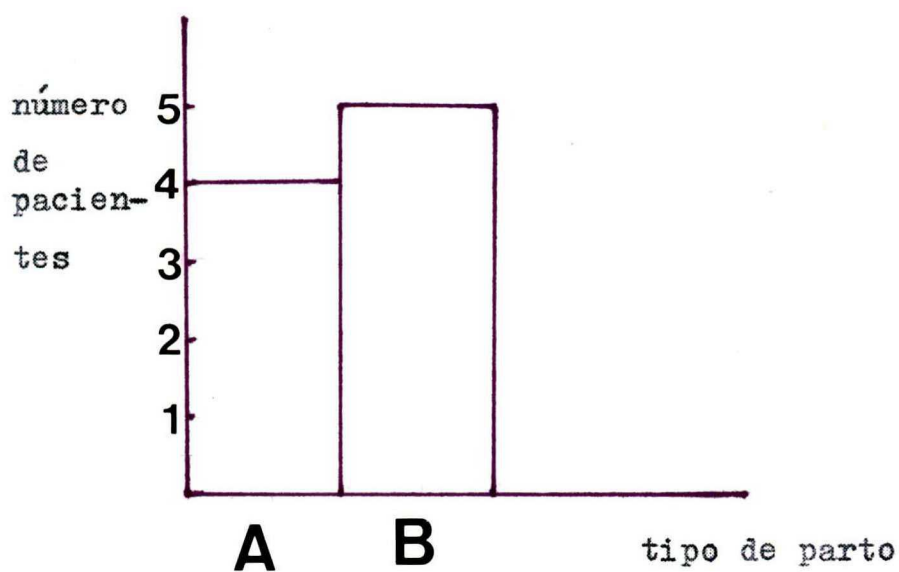


Gráfico 1- Relação entre a faixa etária e o número de casos



A- parto domiciliar

B- parto hospitalar

Gráfico 2- Relação entre o tipo de parto e a ocorrência da doença



siderado homogêneo. Todas elas apresentaram quase todo o cortejo sintomatológico do panhipopituitarismo. (Gráfico nº5) Apenas uma apresentu sintomas psiquiátricos que a levaram até uma instituição psiquiátrica, que porém a encaminhou a um hospital geral, devido ao seu estado comatoso. Todas as 10 pacientes referem com precisão o episó-dio hemorrágico trans-parto ( o gráfico nº 2 demonstra a correlação entre os partos domiciliares e hospitalares ) não sabendo porém prescisar o início do quadro sintomático. Uma delas tem certeza de não ter tido cefaléia. Para considerações mais aproximadas o gráfico nú-mero 4 demonstra o tempo levado para que as pacientes procurassem assistência médica. A faixa etária mais atingida pelo episódio hemorrágico desencadeante da Síndrome de Sheehan é demonstrada no gráfico nº 1, bem como cronologicamente em relação aos partos, no gráfico de número 3.

Vale ressaltar que na época da assistência médica inicial , 70% das pacientes apresentavam anemia evidenciável laboratorialmen-te, bem como alterações eletrocardiográficas caracterizadas por bra-dicardia sinusal, efeito dielétrico e alterações primárias difusas da repolarização ventricular.

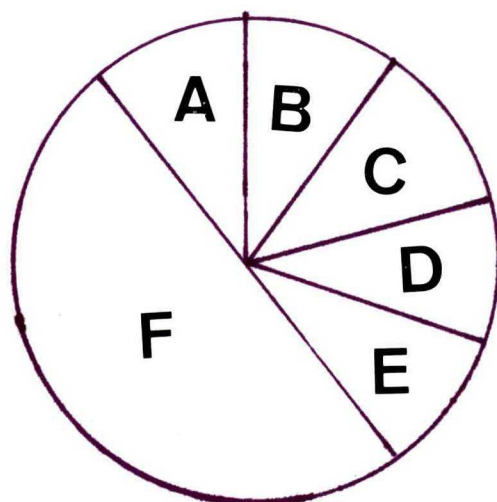
Em apenas 70% das pacientes foi realizada dosagem glicemi-ca, sendo que em 43% a taxa encontrada pode estar enquadrada dentro dos limites da normalidade. O restante do percentual fica equitativamente distribuído conforme descrição no gráfico nº 6.

Em relação ao colesterol 60% das pacientes apenas, tiveram no dosado, e resultando numa distribuição equitativa em tres faixas conforme gráfico nº 7.

A terapeutica notadamente tiroideana e corticoterápica te-ve excelentes resultados, se considerarmos que as pacientes tiveram uma internação média de 18 dias, para receberem alta equilibradas.

#### DISCUSSÃO E COMENTÁRIO

Tomando-se em conta o período de 1969 a 1977; anos em que encontramos registrados os pacientes acima estudados. Levando-se em conta que tivemos que abandonar por falta de História clínica cons-tante nos prontuários, cinco pacientes. Considerando-se que na pes -



A- 3º parto

B- 4º parto

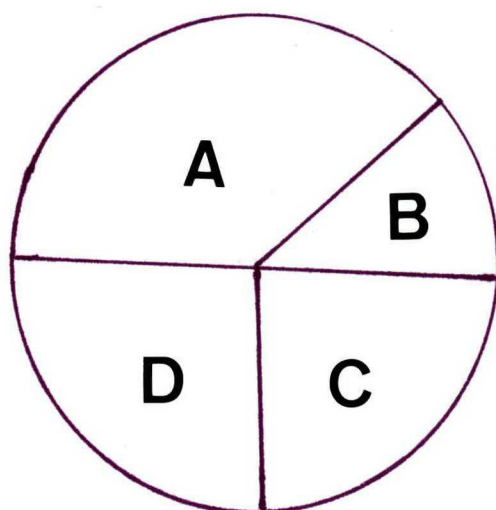
C- 8º parto

D- 9º parto

E- 10º parto

F- Este dado não foi encontrado nos prontuários

Gráfico 3- Número do parto em que ocorreu a Hemorragia



A- 40 % das pacientes levou entre 15 e 17 anos para procurar assistência médica

B- 10 % levou 20 anos

C- 20 % levou entre 1 e 4 anos

D- 30 % dos prontuários não tinham este dado

Gráfico 4- Tempo médio de procura ao médico



quisa por nós realizada não conseguimos abranger a casuística de serviços particulares, quer pela dificuldade de acesso aos arquivos, quer pela exiguidade do tempo. Considerando que por informações verbais de especialista em endocrinologia, possui o mesmo, casuística duas vezes maior que a nossa aqui apresentada. Considerando Sheehan e Rezende nos seus estudos com 60 e 17 casos respectivamente, somos forçados a admitir uma incidência bastante elevada no meio médico- Florianopolitano.

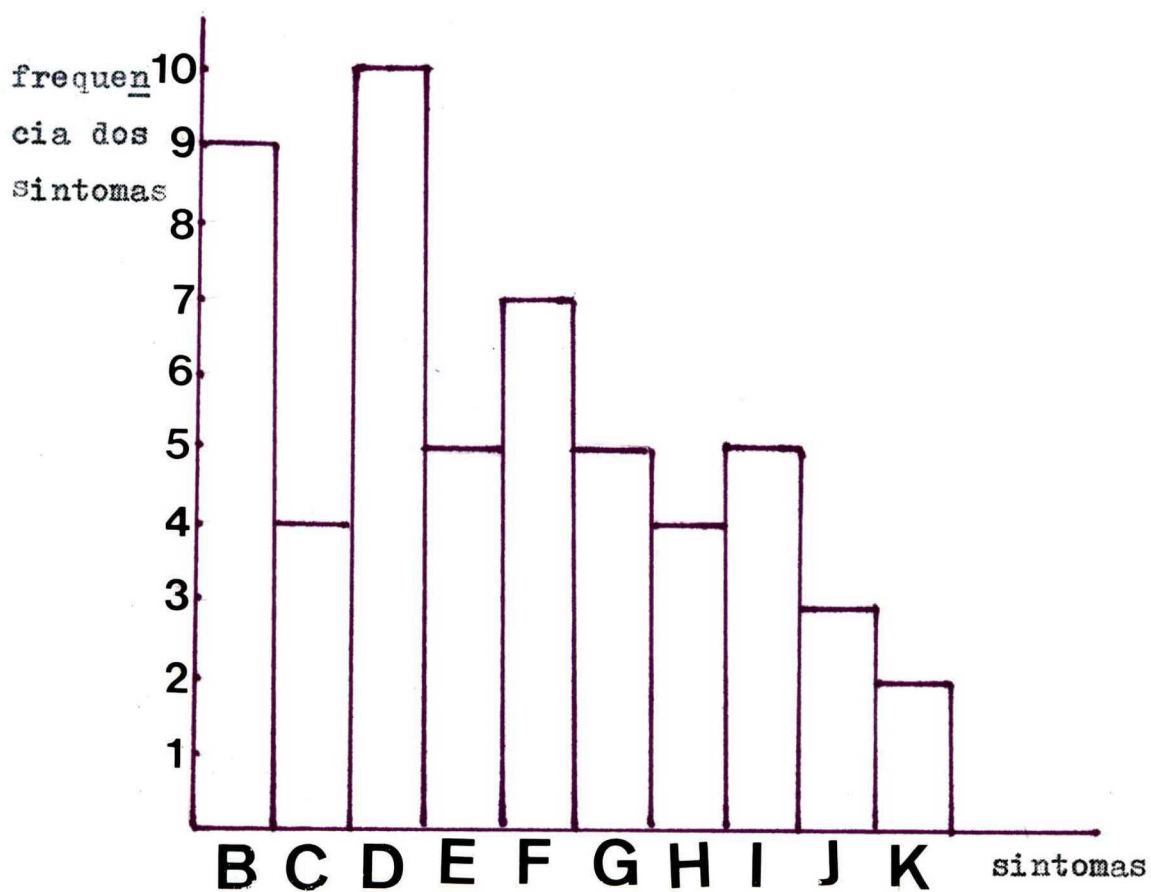
Considerando o gráfico nº 1 e nº 3 conjuntamente, percebemos que a despeito da não citação na bibliografia consultada, as pacientes mais acometidas ou mais propensas a Síndrome de Sheehan são as multíparas idosas (entre 30 e 39 anos). Considerado por Sheehan como sinal importantíssimo da síndrome que leva o seu nome; a cefaléia; não foi por nenhuma paciente relatada. Da mesma maneira a casuística do autor pende para os episódios hemorrágicos pós-parto, quando na totalidade dos casos por nós apreciados o episódio é seguramente trans-parto. Destacamos também como dado não referido na literatura consultada, as importantes alterações eletrocardiográficas das pacientes. E estranhamos profundamente que num meio onde o diagnóstico da Síndrome de Sheehan é quase meramente pela anamnese, pois em um só caso vimos a realização da prova de TSH; que os índices sejam realmente tão alarmantes. Concordamos entretanto que em muitos casos o valor das provas diagnósticas seriam meramente acadêmicas, tal a preciosidade dos quadros clínicos.

#### CONCLUSÃO

1-Embora estivéssemos frente a Síndrome de Sheehan ocorridas quase que na mesma quantidade em domicílios e hospitais, reiteramos a necessidade de uma correta assistência trans e pós parto para cumprir os preceitos médicos obstétricos.

2-Como só podemos combater aquilo que conhecemos é extremamente válido saber que a Síndrome de Sheehan, não é de todo rara como imaginávamos e que o seu diagnóstico em última instância quando realizado recupera uma paciente totalmente alijada da família e da comunidade. É portanto mister que fique atento à





- B- astenia
- C- fascies mixedematosa
- D- amenorréia
- E- sensibilidade ao frio
- F- queda de pelos
- G- bradilalia
- H- regressão mamaria
- I- pele seca e fria
- J- diminuição do reflexo Aquileo
- K- perda da libido

Gráfico 5- Mostra os sintomas mais encontrados

profilaxia da mesma. E esta pode ser facilmente exequível, quando for lembrado que uma simples cefaléia trans ou pós parto, se pesquisada, valorizada, pode evitar várias "cefaléias" posteriores.

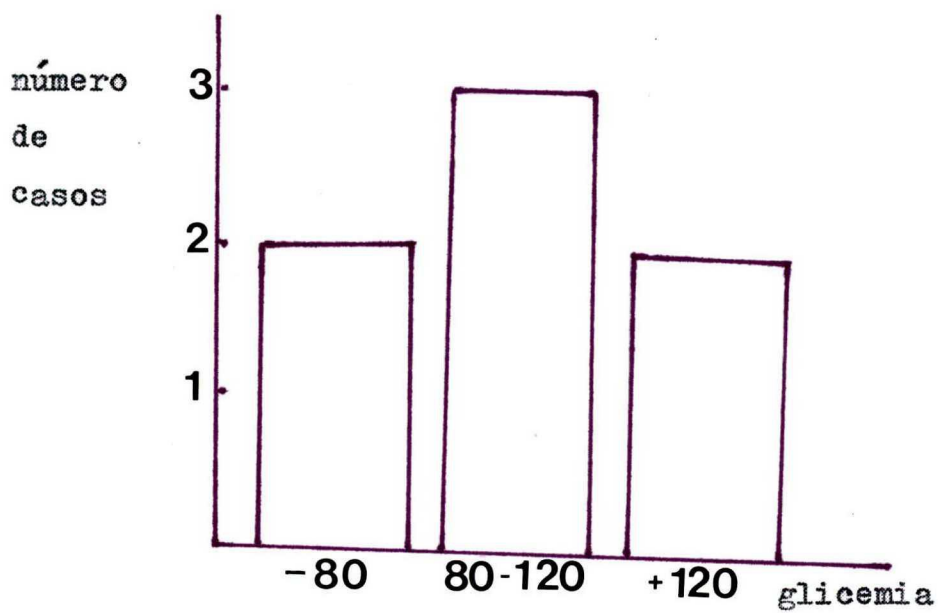


Gráfico 6- Avaliação da glicemia

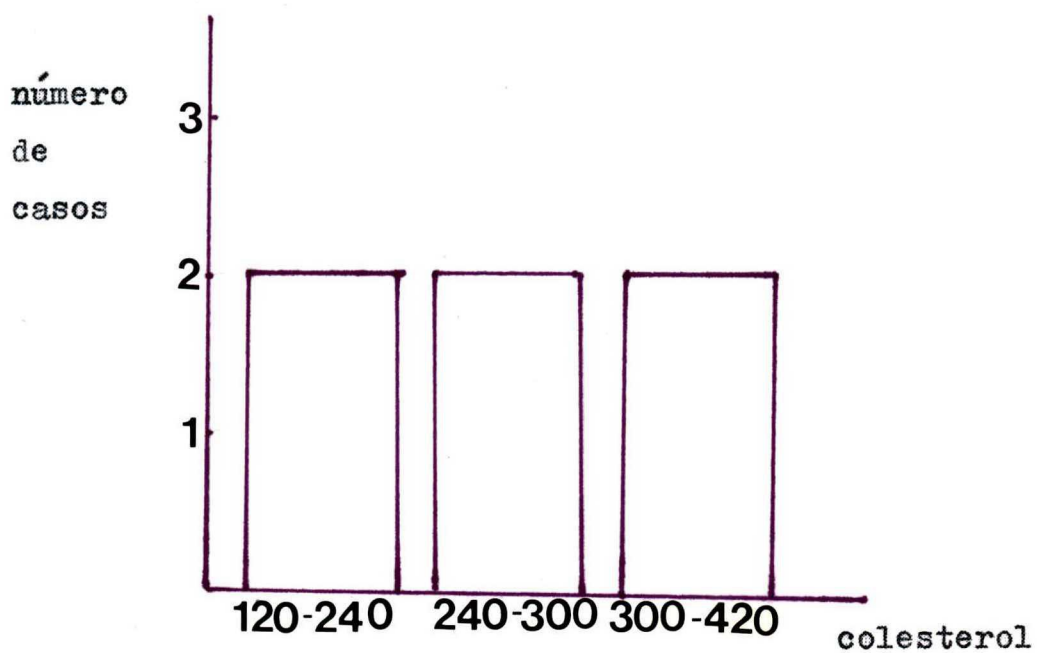


Gráfico 7- Avaliação da colesterolemia



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DANOWSKI. Clinical Endocrinology. Baltimore, Waverly Press, Inc., 1962, pg 158-161.
2. MATEOS, J.M. Palácios. Endocrinología y Metabolismo. Madrid , Ed . Paz Montalvo, 1971, pg 43-48.
3. NOVAK, Edmund & Cols. Ginecología y obstetricia. México, Ed. Intra americana SA, 1970, pg 669.
4. PITKIN. Yearbook de Obstetricia y Ginecologia. 1 ed. Ed . Médica Panamericana, 1976, pg 218.
5. REZENDE, Jorge de. Obstetrícia, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koo-gan, 1974.
6. ROVINSKY, Joseph J. & GUTTMACHER. Complicaciones Médicas Quirur-gicas y Ginecológicas en el Embarazo. 2 ed. México, Ed. Inter- americana SA, 1967, pg 502-503.
7. WILLIAMS. Textbook of Endocrinology. 4ed. Philadelphia, W.B. Saun-ders Company, 1969, pg 59-62.

**TCC  
UFSC  
PE  
0075**

**Ex.1**

**N.Cham. TCC UFSC PE 0075**

**Autor: Kreibich, Adelaide**

**Título: Investigação retrospectiva da Sí**



972801700

Ac. 253723

Ex.1 UFSC BSCCSM